

아동/청소년 약물 사용 자가 평가

11세 이상의 모든 아동/청소년에게 실시하십시오. 11세 미만의 아동에게 실시하는 것이
임상적으로 적당한지의 여부는 임상 담당자가 판단할 수 있습니다. 임상 담당자가 인터뷰를 통해
작성할 수도 있고 해당 아동/청소년이 서면으로 직접 작성할 수도 있습니다.

작성일: _____ 생년월일: _____ 성별: 여 남

다음 질문들에 대해 네 또는 아니오를 표시하십시오.

- | | | |
|---|----------------------------|------------------------------|
| 1. 담배를 피웁니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 2. a. 현재 알코올, 마리화나, 흡입제나 기타 다른 약물을 사용하고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| b. 알코올, 마리화나, 흡입제나 기타 다른 약물을 사용한 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 3. 주말에 친구들과 알코올이나 약물을 사용합니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 4. 혼자 있을 때 알코올이나 약물을 사용합니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 5. 알코올이나 약물을 사용하다가 부모님께 들킨 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 6. 알코올이나 약물을 사용하기 위해 학교를 나간 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 7. 학교나 직장에서 알코올이나 약물의 영향(예컨대, 술에 취했거나, 도취 또는 환각 상태) 하에 있었던 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 8. 알코올이나 약물을 사용한 후 다음 날 깨어났을 때 전날 밤에 대해 전혀 기억이 나지 않았거나 일부만 기억이 난 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 9. 알코올이나 약물의 영향(예컨대, 술에 취했거나, 도취 또는 환각 상태) 하에서 자동차나 오토바이를 운전한 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 10. 계획했던 것 보다 더 많은 알코올이나 약물을 사용한 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 11. 알코올이나 약물 사용량을 줄이거나 중단할 필요를 느꼈던 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 12. 친구들로부터 자신이 알코올이나 약물 문제가 있는 게 아니냐는 말을 들은 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 13. 알코올이나 약물 사용으로 인해 누군가가 자신을 위해 전문가의 도움을 구하려 한 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 14. 자신의 알코올이나 약물 사용으로 인해 남자 친구/ 여자 친구/ 친한 친구를 잃었던 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 15. 알코올이나 약물을 전보다 더 많이 사용하고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니오 |

이 정보는 대외비이며, 복지 시설법, 민법, HIPAA 개인정보표준을 포함하되 그에 국한되지 않는 주와 연방 법규 및 규정에 의거해 제공됩니다. 법에 의해 허용되지 않는 한, 관련된 환자/승인된 대표자의 서면 승인 없이 추가 공개를 위해 이 정보를 복제하는 것은 금지됩니다.

Name:

MIS #:

Agency:

Prov.#:

Los Angeles County - Department of Mental Health

CHILD/ADOLESCENT SUBSTANCE USE SELF EVALUATION

아동/청소년 약물 사용 자가 평가